

内視鏡センターにおけるインシデント削減への取り組み

日本赤十字社和歌山医療センター 第二外来部¹⁾ 消化器内科部²⁾

川合 万里¹⁾, 北山加津子¹⁾, 菅原 美紀¹⁾, 山下 幸孝²⁾

索引用語：インシデント・レポート, 病理組織検体, 内視鏡検査, 業務改善, リスクマネジメント

要 旨

内視鏡検査時に採取する病理組織検体は、診断および治療方針を決定する重要な材料の一つであり、内視鏡センターでは年間約 4300 件の病理組織検体が採取されている。しかし、病理組織検体に関するインシデントが時折見られ大きな問題となっていた。これを解決する目的でインシデント内容を分析し、内視鏡センター関連の看護師全員よりアンケート調査を行い、業務内容の見直しを行った。検体取扱い方法の変更、手順の統一、検査室の環境の改善を行った。結果、同様のインシデント発生はなくなった。しかし、その後、新たなインシデントが発生したため、業務の見直しを行い、インシデントの削減に努めた。今後もインシデント発生時はその都度、業務内容を見直す事がインシデント削減へ繋がると考える。

はじめに

内視鏡センターでは年間約 20000 件の内視鏡検査処置が施行され、約 4300 件の病理組織検体(以下検体)が採取されている。内視鏡検査時に採取する検体は、診断および治療方針を決定する重要な材料の一つであるため、検体に関するインシデントはあってはならない。当センターでは検体採取後、各検査室の看護師がホルマリン容器に患者氏名と検体番号を記載し、さらに臨床検査技師が医師のオーダーと患者氏名、検体番号の確認を行い、病理組織検査室に提出している。しかしながら、検体に関するインシデントが時折見られる状況にあった。今後同様のインシデントを繰り返さないことを目的として

業務内容を見直した結果をここに報告する。

期間と方法

1. 期 間

2010 年 1 月～2012 年 3 月

2. 方 法

検体に関するインシデント内容をスタッフ全員でカンファレンスを行い、情報を共有し、インシデントが起こった原因を究明、分析し、対策を検討した。

結果と対策

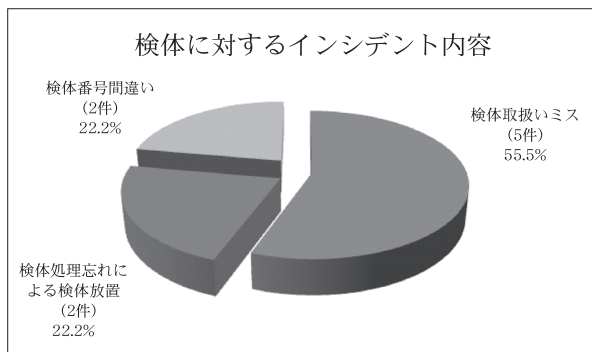
1. 結 果

検体に対するインシデント発生件数は 9 件であった。具体的内容として、検体取扱いミス 5 件(55.5%)、検体処理忘れによる検体放置 2 件(22.2%)、検体番号間違い 2 件(22.2%)であった(図 1)。

(平成25年 9 月 6 日受付)(平成25年11月 1 日受理)
連絡先：(〒640-8558)

和歌山市小松原通四丁目20番地
日本赤十字社和歌山医療センター
第二外来部

川合 万里



【図1】検体に対するインシデント内容

主な原因としては業務手順の不統一，看護師の交代時等における伝達不足，確認不足であった(図2)．また，看護師全員より検体取扱い方法の現状についてアンケート調査した結果業務手順の不統一が判明した．それらを基に検討し，検体取扱い方法の変更，手順の統一，検査室の環境を改善した．2012年4月～2013年3月まで以前と同様のインシデント発生はなくなった．

インシデントの詳細と原因
1. 検体取扱いミス <ul style="list-style-type: none"> ・検体が入ったままのポリープ回収容器を使用後の物品と一緒に入れたため，他の看護師が片付けてしまい，紛失した． ・部屋が暗くて検体を紛失したことに気が付かなかった． ・ホルマリン容器に検体を入れる際，左右どちらから入れるのかを決定していなかったので看護師によってばらつきがあった．
2. 検体処理忘れによる検体放置 <ul style="list-style-type: none"> ・リカバリー室に先に患者を移送し，食事交代等で他の看護師と交代し，検体の処理を忘れてしまった．
3. 検体番号間違い <ul style="list-style-type: none"> ・ろ紙とホルマリン容器の番号を確認しなかったため，ろ紙とホルマリン容器の番号が違った．

【図2】インシデントの詳細

2. 対策

- (1)ホルマリン容器を入れるトレイを透明にして番号を記載
- (2)検体採取前後のトレイを分別
- (3)検体専用のワゴンを設置(図3)
- (4)検査中の照明を調節
- (5)検体処理後に患者を退室させる
- (6)ポリープが入ったトラップは使用後の物

品と一緒にしない

(7)検査中の看護師の交代を最小限にする



【図3】検体専用のワゴンを設置し，ホルマリン容器を入れるトレイを透明にして番号を記載，検体採取前後のトレイを分別．

考 察

以前は検体採取前と採取後のホルマリン容器を入れるトレイが同じであった．そのため検体を容器に保存したか否かが分かりづらく，検体処理を忘れることがあった．また，ホルマリン容器の番号付けの方法も統一されていなかった．これらがインシデント発生の原因と考え，トレイを透明にし，ホルマリン容器番号も右から1番，2番と連番をふるように統一し，トレイに予め番号を記載することとした．その結果，誰が見ても一目で検体をいくつ採取したかが分かり，番号を記載することで業務手順の統一が出来るようになった．またトレイを他の物品と一緒に置いていたため，検査テーブルの上が狭く，作業もしにくい状況であったが，検体専用ワゴンを設置し，検体処理のスペースを確保し，他の物品と混ざらないようにすることで，検体処理や取扱いを安全に行えるようになった．検査中の部屋の照明は，改善前はスイッチで消灯していたため，暗闇の中での検体採取など，細かい作業時に支障を来すことがあったが，検査施行医と相談し，部屋の明るさは調光を使用し，検査に差支えない程度に明るくすることで作業の手元が見えるようになり，作業に対する支

障が軽減された。また、患者一人の全ての処理が全て終わってから、最後に患者を退室させることで、次の患者を誤って入室させたり、検体処理を忘れることもなくなった。

当センターでは1日に約100件の内視鏡検査が行われているため、短時間に多様な医療行為がスピーディに実施されなければならない。スタッフは6室ある内視鏡検査室担当の看護師と、外回り看護師1人、リーダー看護師1人であるが、多忙時は他の検査担当の看護師や病棟看護師も処置に参加する。内視鏡1処置に、複数の看護師が関わることも多い。そのため、互いの伝達不足や手順の不統一などもインシデントの原因となり得ると思われる。それに対して検査中の看護師の交代を最小限にすることで、患者退室まで出来る限り一人の看護師が担当することにより申し送りの忘れ、検体紛失等の軽減に繋がった。秋好は「一見、単純なヒューマンエラーによる事故に見えても、システムあるいは組織自体に改善すべき要因が存在する」と述べている¹⁾。また、石川は「医療安全推進のためには、医療者間の良好なコミュニケーションに基づいたチームの発揮がインシデント、アクシデントの未然防止の観点からも極めて重要」と述べている一方、「医療者間でお互いの認識にズレがあり、コミュニケーションが不足している場合でも、システム上でその不足を補う方法、または不足を補うシステムを検討し、実践すること」とも述べている²⁾。検体取扱い方法の変更、統一と検査室の環境を改善し、さらにはスタッフ全員が業務を統一したことで以前と同様のインシデント発生はなくなったと考える。しかし、その後、新たに名前の記載間違いが発生したため、直ぐにスタッフ全員で情報を共有し、対策を検討し、病理提出前に検体、オーダー画面、依頼伝票のトリプルチェックを行う事を決定した。日本看護協会は事故防止に取り組むための基本的なポイントとして「(1)組織として事故防止に取り組む。(2)情報の共有化を図り、事故防止に役立てる。(3)事故防止のための教

育システムを整え、教育を行う。」の3点を挙げている³⁾。また、秋好は「内視鏡室で業務を行うスタッフが、安全に向けてそれぞれの視点で考えたことを組織としてまとめ、協力して安全対策を実施していくことが重要」述べている¹⁾。今後もインシデントが発生した場合はスタッフ全員が情報の共有化を図り、速やかに対応し、改善工夫していく体制がインシデント削減へと繋がっていくと考えられる。

引用文献

- 1) 秋好美代子. 内視鏡室におけるリスクマネジメント. エキスパートナース: 照林社; 2004; 20 巻 9 号: 92-97
- 2) 石川雅彦. チーム医療におけるリーダーシップ, 看護管理. 2008; 18: 506
- 3) 日本看護協会. 組織で取り組む医療事故防止—看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン.
[アクセスした日 2013. 9. 6]
https://direct.nurse.or.jp/jna_system/guideline/riskmanagement/001_3.asp
- 4) 秋好美代子: 内視鏡室におけるリスクマネジメント. エキスパートナース: 照林社; 2004; 20 巻 9 号: 92-97

参考文献

- 1) 日本消化器内視鏡学会消化器内視鏡技師制度委員会: 消化器内視鏡技師のためのハンドブック, 医学図書出版株式会社, 2007
- 2) 田村君英ほか: 技師&ナースのための消化器内視鏡ガイド, 株式会社学研メディカル秀潤社, 2010
- 3) 大久保理恵子ほか: 内視鏡室におけるヒヤリハットの現状と対策, 第 58 回日本消化器内視鏡技師学会, 2007. 5

Key words ; ncident report, Pathological tissue specimen, endoscopy, business improvement, risk management

Trial to prevent the incidents in the endoscopy center

Mari Kawai,R.N.¹⁾, Kazuko kitayama,R.N.¹⁾, Miki Sugahara,R.N.¹⁾,
Yukitaka Yamashita,M.D.²⁾

1) Second outpatient department of nursing part, Japanese Red Cross Society Wakayama Medical Center

2) Department of gastroenterology and hepatology, Japanese Red Cross Society Wakayama Medical Center

Biopsy sample taken in endoscopy is one of the important materials deciding a diagnosis and a treatment plan. Approximately 4,300 a year biopsy samples are obtained in the endoscopy center. However, the incident about the biopsy specimen occasionally occurred and caused a serious problem. We analyzed the incident contents for the purpose of solving this and performed questionnaire survey to all the nurses working in the endoscopy center and performed the review of duties. We carried out the change of the specimen handling method and the unification of the procedure and improved the environment of the inspection room. As a result, similar incident outbreak disappeared. However, because a new incident occurred, we performed the review of duties and tried for the reduction of the incident afterwards. We expect that it leads to the prevention of the incidents to review duties at the time of the incident outbreak each time.